




福利和承保範圍摘要 (SBC) 文件將幫助您選擇健康計劃。SBC 向您展示您和計劃將如何共同承擔涵蓋的健康照護服務費用。注意：有關此計劃費用（稱為保費）的資訊將另外提供。這僅是一份摘要。如欲了解有關承保範圍的更多資訊，或要獲得承保範圍的完整條款副本，請造訪 [www.kp.org/plandocuments](http://www.kp.org/plandocuments) 或致電 1-800-278-3296 (TTY: 711)。如欲了解常見詞彙的一般定義，例如允許額、差額收費、共同保險、共付額、自付額、供應商、或其他劃線詞彙，請參見詞彙表。您可以在 <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Chinese-Uniform-Glossary-05-2020-508.pdf> 查看詞彙表，或致電 1-800-278-3296 (TTY: 711) 以索取副本。

| 重要問題                     | 答案   | 為什麼這很重要：  |
|--------------------------|--|---|
| 整體自付額為多少？                | 個人 \$1,000 / 家庭 \$2,000  | 一般而言，在此計劃開始支付前，您需要向供應商支付自付額以下的所有費用。如果您還有其他家庭成員投保此計劃，在所有家庭成員支付的自付額費用總金額達到家庭整體自付額之前，每位家庭成員必須達到其自己的自付額。  |
| 在您達到您的自付額前，這些服務是否在承保範圍內？ | 是。預防性照護以及從第 2 頁開始之表格所示的服務  | 即便您還沒達到自付額，此計劃亦涵蓋一些項目和服務。但可能需支付共付額或共同保險。例如：在沒有分攤成本且您達到您的自付額前，此計劃亦涵蓋特定預防性服務。請至 <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> 查看涵蓋的預防性服務清單。 |
| 特定服務是否還有其他自付額？           | 是。原廠及專科處方藥。個人 \$250 / 家庭 \$500。沒有其他特定自付額。  | 在此計劃開始支付此類服務前，您必須支付所有此類服務費用的特定自付額。  |
| 此計劃的最大自付額是多少？            | 個人 \$8,200 / 家庭 \$16,400。兒童牙科：一名兒童 \$350 / 多名兒童 \$700。                                     | 最大自付額為您可能在一年間為涵蓋服務支付的最大金額。如果您還有其他家庭成員投保此計劃，在達到家庭整體最大自付額之前，其他家庭成員必須達到其自己的最大自付額。  |
| 最大自付額不包含什麼？              | 保費、此計劃不涵蓋的健康照護服務以及從第 2 頁開始之表格所示的服務。  | 即便您已支付此類費用，相關費用亦不計入最大自付額。   |
| 如果使用網絡供應商，您支付的金額是否會更少？   | 是。請參見 <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> 或致電 1-800-278-3296 (TTY: 711) 以索取網絡供應商清單。 | 此計劃使用供應商網絡。如果您使用計劃網絡中的供應商，您將需要支付較少費用。如果您使用網絡外的供應商，您將需要支付較多費用。您亦可能收到來自供應商的帳單，其中為供應商收費及您的計劃支付的費用差額（差額收費）。請注意，您的網絡供應商可能使用網絡外供應商以提供一些服務（例如：實驗室工序）。請在獲取服務前與您的供應商確認。  |
| 您是否需要轉診至專科醫生？            | 是，但是您可以自己轉診去看某些專科醫生。   | 此計劃將支付至專科醫生處就診，涵蓋的服務所產生的部分或全部費用，但前提是您必須在至專科醫生處就診前已取得轉介。   |

 此表格顯示的所有**共付額**和**共同保險**費用僅適用於您已達到您的**自付額**的情況（如果**自付額**適用的話）。

| 常見醫療事件   | 您可能需要的服務                  | 您需要支付的費用   |                        | 限制、例外和其他重要資訊  |
|--|---------------------------|--|------------------------|---|
|  |                           | 計劃供應商<br>(您將需要支付較少費用)                                  | 非計劃供應商<br>(您將需要支付較多費用) |   |
| 如果您造訪健康照護供應商的辦公室或診所  | 初級保健就診以治療受傷或疾病            | 每次就診 \$40， <u>自付額</u> 不適用                              | 不承保                    | 無   |
|  | 至專科醫生處就診                  | 每次就診 \$60， <u>自付額</u> 不適用                              | 不承保                    | 無   |
|  | <u>預防性照護/篩查/疫苗接種</u>      | 不收費， <u>自付額</u> 不適用                                    | 不承保                    | 您可能需要為非 <u>預防性</u> 服務付費。請向您的供應商洽詢您所需的服務是否屬於 <u>預防性</u> 服務。然後查看您的計劃將會支付哪些費用。 |
| 如果您進行檢測  | <u>診斷檢定</u> (X光、血液檢測)     | X光：每次 \$60， <u>自付額</u> 不適用。化驗：每次 \$30， <u>自付額</u> 不適用。 | 不承保                    | 無   |
|  | <u>造影</u> (CT/PET 掃描、MRI) | 每項診療程序 \$350   | 不承保                    | 無   |
| 如果您需要藥物治療疾病或情況<br>如欲了解更多有關 <u>處方類藥物承保範圍</u> 的資訊，請造訪 <a href="http://www.kp.org/formulary">www.kp.org/formulary</a> | 學名藥 (層級 1)                | 零售每份處方 \$20，郵購每份處方 \$40， <u>自付額</u> 不適用                | 不承保                    | 零售最多 30 天藥量，郵購最多 100 天藥量。女性避孕藥不收費， <u>自付額</u> 不適用。需遵守處方集準則。                 |
|  | 優先原廠藥 (層級 2)              | 達到藥物 <u>自付額</u> 後，零售每份處方 \$50，郵購每份處方 \$100             | 不承保                    | 零售最多 30 天藥量，郵購最多 100 天藥量。需遵守處方集準則。  |
|  | 非優先原廠藥 (層級 2)             | 達到藥物 <u>自付額</u> 後，零售每份處方 \$50，郵購每份處方 \$100             | 不承保                    | 若透過處方集例外處理程序獲得核准，本計劃非優先原廠藥的 <u>成本分攤</u> 與優先原廠藥 (層級 2) 的 <u>成本分攤</u> 一致。     |
|  | 專科藥物 (層級 4)               | 達到藥物 <u>自付額</u> 後，每份處方 20% <u>共同保險</u> ，最多 \$250       | 不承保                    | 零售最多 30 天藥量。需遵守處方集準則。   |
| 如果您進行門診手術  | 設施費 (例如：非住院手術中心)          | 每項診療程序 \$350， <u>自付額</u> 不適用                           | 不承保                    | 無   |
|  | 醫師/外科醫生費用                 | 不適用  | 不承保                    | 醫師/外科醫生費用包含於設施費內。   |

| 常見醫療事件                | 您可能需要的服務     | 您需要支付的費用   |                            | 限制、例外和其他重要資訊  |
|-----------------------|--------------|--|----------------------------|---|
|                       |              | 計劃供應商<br>(您將需要支付較少費用)                                  | 非計劃供應商<br>(您將需要支付較多費用)     |   |
| 如果您需要立即就醫             | 急診室照護        | 每次就診 \$350， <u>自付額</u> 不適用                             | 每次就診 \$350， <u>自付額</u> 不適用 | 若以住院患者的身分入院，則免共付額。  |
|                       | 緊急醫療交通       | 每趟 \$350， <u>自付額</u> 不適用                               | 每趟 \$350， <u>自付額</u> 不適用   | 無   |
|                       | 緊急照護         | 每次就診 \$40， <u>自付額</u> 不適用                              | 不承保                        | 若您暫時人在服務區外， <u>非計劃供應商</u> 也屬於承保範圍：每次就診 \$40， <u>自付額</u> 不適用。                        |
| 如果您需要住院               | 設施費（例如：醫院病房） | 每天 \$600，最多 5 天  | 不承保                        | 無   |
|                       | 醫師/外科醫生費用    | 不適用  | 不承保                        | 醫師/外科醫生費用包含於設施費內。   |
| 如果您需要心理健康、行為健康或藥物濫用服務 | 門診服務         | 每次個人就診 \$40， <u>自付額</u> 不適用。其他門診服務不收費， <u>自付額</u> 不適用。 | 不承保                        | 心理/行為健康：每次團體就診 \$20， <u>自付額</u> 不適用。藥物濫用：每次團體就診 \$5， <u>自付額</u> 不適用。                |
|                       | 住院服務         | 每天 \$600，最多 5 天  | 不承保                        | 無   |
| 如果您懷孕                 | 辦公室就診        | 不收費， <u>自付額</u> 不適用                                    | 不承保                        | 根據服務類型， <u>共付額</u> 、 <u>共同保險</u> 或 <u>自付額</u> 可能適用。妊娠照護可能包括 SBC 其他地方所述的檢測和服務（即超音波）。 |
|                       | 分娩專業服務       | 不適用  | 不承保                        | 專業服務包含於設施費內。  |
|                       | 分娩設施服務       | 每天 \$600，最多 5 天  | 不承保                        | 無   |
| 如果您需要康復協助或有其他特殊健康需求   | 居家照護         | 不收費， <u>自付額</u> 不適用                                    | 不承保                        | 每次探訪最多 2 小時，每天最多 3 次探訪，每年最多 100 次探訪。  |
|                       | 復健服務         | 住院：每天 \$600，最多 5 天。<br>門診：每次就診 \$40， <u>自付額</u> 不適用    | 不承保                        | 無   |
|                       | 適應服務         | 住院：每天 \$600，最多 5 天。<br>門診：每次就診 \$40， <u>自付額</u> 不適用    | 不承保                        | 無   |
|                       | 專業護理         | 每天 \$300，最多 5 天  | 不承保                        | 每個福利期以 100 天為限。   |
|                       | 耐用醫療器材       | 20% <u>共同保險</u> ， <u>自付額</u> 不適用                       | 不承保                        | 某些項目每年的補充福利以 \$2,000 為限。需事先授權。  |
|                       | 臨終關懷服務       | 不收費， <u>自付額</u> 不適用。                                   | 不承保                        | 無   |

| 常見醫療事件          | 您可能需要的服務 | 您需要支付的費用              |                        | 限制、例外和其他重要資訊      |
|-----------------|----------|-----------------------|------------------------|-------------------|
|                 |          | 計劃供應商<br>(您將需要支付較少費用) | 非計劃供應商<br>(您將需要支付較多費用) |                   |
| 如果您的子女需要牙科或眼科照護 | 兒童眼科檢查   | 不收費，自付額不適用            | 不承保                    | 無                 |
|                 | 兒童眼鏡     | 不收費，自付額不適用            | 不承保                    | 每年限一副眼鏡，鏡框和鏡片樣式有限 |
|                 | 兒童牙科檢查   | 不收費，自付額不適用            | 不承保                    | 每年限兩次檢查           |

#### 不包含的服務和其他承保服務：

您的計劃一般不涵蓋的服務（查看您的保單或計劃文件以了解更多資訊以及任何其他不包含的服務列單。）

- 美容手術
- 牙科照護（成人）
- 助聽器
- 不孕症治療
- 長期照護
- 在美國境外旅行時的非急診照護
- 私人護理
- 例行足部保健
- 減重計劃

其他包含的服務（此類服務可能存有限制。這不是完整的列單。請查看您的計劃文件。）

- 墮胎
- 針灸（每年限 20 次就診，與脊柱神經照護合併計算）
- 減肥手術
- 脊柱神經照護（每年限 20 次就診，與針灸合併計算）
- 例行眼科照護（成人）

**您的續保權利：**如果您想在保險結束後繼續獲得承保，有一些機構可以提供協助。此類機構的聯繫資訊如下表所示。其他承保選項亦可能適用於您，其中包括透過健康保險商城購買個人保險。如欲了解更多有關商城的資訊，請造訪 [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) 或致電 1-800-318-2596。

**您的申訴和上訴權利：**如果您對您的計劃拒絕您的索償提出投訴，一些機構可以為您提供協助。此類投訴被稱為申訴或上訴。如欲了解有關您權利的更多資訊，請查看您就該醫療索償可取得的福利說明。您的計劃文件亦將提供有關如何出於任何理由就您計劃提交索償、上訴或申訴的完整資訊。如欲了解有關您的權利、此通知或幫助的更多資訊，請聯繫下表所列的機構。

如欲了解您的續保權利以及申訴和上訴權利，聯絡資訊如下：

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Kaiser Permanente 會員服務部 | 1-800-278-3296 (TTY: 711) 或 <a href="http://www.kp.org/memberservices">www.kp.org/memberservices</a>     |
| 勞工部員工福利安全管理局            | 1-866-444-EBSA (3272) 或 <a href="http://www.dol.gov/ebsa/healthreform">www.dol.gov/ebsa/healthreform</a> |
| 美國健康與民眾服務部消費者資訊與保險監管中心  | 1-877-267-2323 分機 61565 或 <a href="http://www.cciio.cms.gov">www.cciio.cms.gov</a>                       |
| 加州保險局                   | 1-800-927-HELP (4357) 或 <a href="http://www.insurance.ca.gov">www.insurance.ca.gov</a>                   |
| 加州保健計劃管理局               | 1-888-466-2219 或 <a href="http://www.dmhc.ca.gov">www.dmhc.ca.gov</a>                                    |

### 此計劃是否提供最低程度承保？是

最低程度承保一般包括可透過商城或其他獨立市場保單取得的計劃、健康保險、Medicare、Medicaid、CHIP、TRICARE、和其他特定保險。如果您符合特定類別最低程度承保的資格，您可能不符合保費稅額抵免優惠資格。

### 此計劃是否符合最低值標準？是

如果您的計劃不符合最低值標準，您可能符合保費稅額抵免優惠資格，可透過商城幫助您支付計劃費用。

### 語言服務：

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-788-0616 (TTY: 711)

Traditional Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 請撥打這個號碼 1-800-757-7585 (TTY: 711)

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-278-3296 (TTY: 711)

Pennsylvania Dutch (Deitsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-800-278-3296 (TTY: 711) uff

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-278-3296 (TTY: 711)

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-800-278-3296 (TTY: 711)

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-800-278-3296 (TTY: 711)

Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, à'gang 1-800-278-3296 (TTY: 711)

如欲查看此計劃涵蓋範例醫療情況費用的示例，請查看下一節。



## 關於此類承保示例：



**這不是費用預估。**顯示的治療僅為此計劃涵蓋醫療照護的範例。您的確切費用取決於您獲取的確切照護、您的供應商收取的費用和其他很多因素，可能有所不同。專注於計劃下成本分攤金額（自付額、共付額和共同保險）和不包含的服務。利用此資訊來比較您在不同健康計劃中可能需要支付的費用部分。請注意，此類承保範圍示例僅基於自我承保範圍。

### Peg 懷孕了

(9 個月的網絡內產前檢查和醫院分娩)

|               |         |
|---------------|---------|
| ■ 計劃的整體自付額    | \$1,000 |
| ■ 專科醫生共付額     | \$60    |
| ■ 醫院（設施）共付額   | \$600   |
| ■ 其他（血液檢測）共付額 | \$30    |

此事件示例包含下列服務：

專科醫生辦公室就診（產前照護）  
分娩專業服務  
分娩設施服務  
診斷檢定（超音波和血液檢測）  
專科醫生看診（麻醉）

|       |          |
|-------|----------|
| 總示例費用 | \$12,700 |
|-------|----------|

在此示例，Peg 將支付：

| 成本分攤                |                |
|---------------------|----------------|
| 自付額                 | \$1,000        |
| 共付額                 | \$800          |
| 共同保險                | \$0            |
| 不承保的項目              |                |
| 限制或例外               | \$50           |
| <b>Peg 將支付的總金額為</b> | <b>\$1,850</b> |

### 管理 Joe 的 2 型糖尿病

(一年的病情可控例行網絡內護理)

|               |         |
|---------------|---------|
| ■ 計劃的整體自付額    | \$1,000 |
| ■ 專科醫生共付額     | \$60    |
| ■ 醫院（設施）共付額   | \$600   |
| ■ 其他（血液檢測）共付額 | \$30    |

此事件示例包含下列服務：

初級保健醫師辦公室就診（包括疾病教育）  
診斷檢定（血液檢測）  
處方藥  
耐用醫療器材（血糖測量儀）

|       |         |
|-------|---------|
| 總示例費用 | \$5,600 |
|-------|---------|

在此示例，Joe 將支付：

| 成本分攤                |                |
|---------------------|----------------|
| 自付額                 | \$300          |
| 共付額                 | \$1,400        |
| 共同保險                | \$100          |
| 不承保的項目              |                |
| 限制或例外               | \$0            |
| <b>Joe 將支付的總金額為</b> | <b>\$1,800</b> |

### Mia 的簡單骨折

(網絡內急診室就診和後續護理)

|              |         |
|--------------|---------|
| ■ 計劃的整體自付額   | \$1,000 |
| ■ 專科醫生共付額    | \$60    |
| ■ 醫院（設施）共付額  | \$600   |
| ■ 其他（X 光）共付額 | \$60    |

此事件示例包含下列服務：

急診室照護（包括醫療用品）  
診斷檢定（X 光）  
耐用醫療器材（拐杖）  
復健服務（物理治療）

|       |         |
|-------|---------|
| 總示例費用 | \$2,800 |
|-------|---------|

在此示例，Mia 將支付：

| 成本分攤                |                |
|---------------------|----------------|
| 自付額                 | \$0            |
| 共付額                 | \$1,000        |
| 共同保險                | \$0            |
| 不承保的項目              |                |
| 限制或例外               | \$0            |
| <b>Mia 將支付的總金額為</b> | <b>\$1,000</b> |

計劃將負責支付此類示例中所涵蓋服務所產生的其他費用。

## Nondiscrimination Notice

Discrimination is against the law. Kaiser Permanente<sup>1</sup> follows State and Federal civil rights laws.

Kaiser Permanente does not unlawfully discriminate, exclude people, or treat them differently because of age, race, ethnic group identification, color, national origin, cultural background, ancestry, religion, sex, gender, gender identity, gender expression, sexual orientation, marital status, physical or mental disability, medical condition, source of payment, genetic information, citizenship, primary language, or immigration status.

Kaiser Permanente provides the following services:

- No-cost aids and services to people with disabilities to help them communicate better with us, such as:
  - ◆ Qualified sign language interpreters
  - ◆ Written information in other formats (braille, large print, audio, accessible electronic formats, and other formats)
- No-cost language services to people whose primary language is not English, such as:
  - ◆ Qualified interpreters
  - ◆ Information written in other languages

If you need these services, call our Member Service Contact Center, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). The call is free:

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- All others: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, audiocassette, or electronic form. To obtain a copy in one of these alternative formats, or another format, call our Member Service Contact Center and ask for the format you need.

### How to file a grievance with Kaiser Permanente

You can file a discrimination grievance with Kaiser Permanente if you believe we have failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way. You can file a grievance by phone, by mail, in person, or online. Please refer to your *Evidence of Coverage or Certificate of*

---

<sup>1</sup> Kaiser Permanente is inclusive of Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, and the Southern California Medical Group

*Insurance* for details. You can call Member Services for more information on the options that apply to you, or for help filing a grievance. You may file a discrimination grievance in the following ways:

- **By phone:** Medi-Cal members may call **1-855-839-7613** (TTY **711**). All other members may call **1-800-464-4000** (TTY **711**). Help is available 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays)
- **By mail:** Download a form at **kp.org** or call Member Services and ask them to send you a form that you can send back.
- **In person:** Fill out a Complaint or Benefit Claim/Request form at a member services office located at a Plan Facility (go to your provider directory at **kp.org/facilities** for addresses)
- **Online:** Use the online form on our website at **kp.org**

You may also contact the Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator directly at the addresses below:

**Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator**  
Member Relations Grievance Operations  
P.O. Box 939001  
San Diego CA 92193

#### **How to file a grievance with the California Department of Health Care Services Office of Civil Rights** *(For Medi-Cal Beneficiaries Only)*

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services Office of Civil Rights in writing, by phone or by email:

- **By phone:** Call DHCS Office of Civil Rights at **916-440-7370** (TTY **711**)
- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:

Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413

Complaint forms are available at: [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

- **Online:** Send an email to [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)



## **How to file a grievance with the U.S. Department of Health and Human Services Office of Civil Rights**

You can file a discrimination complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights. You can file your complaint in writing, by phone, or online:

- **By phone:** Call **1-800-368-1019** (TTY 711 or **1-800-537-7697**)
- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

Complaint forms are available at: **<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>**

- **Online:** Visit the Office of Civil Rights Complaint Portal at: **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**.

## Language Assistance Services

**English:** Language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week. You can request interpreter services, or materials translated into your language or alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Call our Member Service Contact Center for help, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- All others: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

**Arabic:** خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجاناً على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع. بإمكانك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائق للغتك أو لصيغ أخرى. يمكنك أيضاً طلب مساعدات إضافية وأجهزة في مرافقتنا. اتصل مع مركز اتصال خدمة الأعضاء لدينا، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع (العطلات مغلقة).

• Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**

• جميع الآخرين: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

**Armenian:** Ձեզ կարող է անվճար լեզվական աջակցություն տրամադրվել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք պահանջել բանավոր թարգմանչի ծառայություններ, Ձեր լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափով պատրաստված նյութեր: Դուք նաև կարող եք խնդրել օժանդակ օգնություններ և սարքեր մեր հաստատություններում: Օգնության համար զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկման կապի կենտրոն օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է):

- Medi-Cal` **1-855-839-7613 (TTY 711)**

- Այլ` **1-800-464-4000 (TTY 711)**

**Chinese:** 我们每周 7 天，每天 24 小时免费提供语言帮助。您可以要求提供口译员、或将材料翻译为您所用语言或其他格式。您还可以在我们的设施中要求使用辅助工具和设备。请打电话给我们的会员服务联络中心，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（节假日除外）。

- 所有会员: **1-800-757-7585 (TTY 711)**

**Farsi:** خدمات زبانی در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته بهصورت رایگان در اختیار شماست. می‌توانید خدمات مترجم شفاهی، یا ترجمه مدارک به زبان خود یا به فرمت‌های دیگر را درخواست کنید. همچنین می‌توانید دستگاه‌ها و کمک‌های دیگر را در مراکز ما درخواست نمایید. برای دریافت کمک، در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته (بهجز تعطیلات) با مرکز تماس خدمات اعضای ما تماس بگیرید.

• Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**

• سایر: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

**Hindi:** बिना किसी लागत के भाषा सहायता, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप दुभाषिये की सेवाओं के लिए, या बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों का अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। सहायता के लिए हमारी सदस्य सेवाओं के सम्पर्क केंद्र को, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें।

- Medi-Cal: 1-855-839-7613 (TTY 711)
- बाकी दूसरे: 1-800-464-4000 (TTY 711)

**Hmong:** Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev tuaj ib hnuv twg, 7 hnuv tuaj ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntawv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Koj kuj thov tau lwm yam kev pab thiab khoom siv hauv peb tej tsev hauj lwm. Hu rau peb Qhov Chaw Pab Cov Tswv Cuab 24 teev tuaj ib hnuv twg, 7 hnuv tuaj ib lim tiam twg (cov hnuv caiv kaw).

- Medi-Cal: 1-855-839-7613 (TTY 711)
- Dua lwm cov: 1-800-464-4000 (TTY 711)

**Japanese:** 多言語による情報支援を無料で 24 時間年中無休でご利用いただけます。通訳サービス、日本語に翻訳された資料、あるいは別の形式による資料もご所望いただけます。また、当施設における補助的な支援や機器についてもご所望いただけます。お気軽にご連絡ください（祝祭日を除き 24 時間週 7 日）。

- Medi-Cal: 1-855-839-7613 (TTY 711)
- その他のご連絡先: 1-800-464-4000 (TTY 711)

**Khmer (Cambodian):** ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែ ឬឯកសារដែលបានបកប្រែជាភាសាខ្មែរ ឬទម្រង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍ និងបរិក្ខារជំនួយទំនាក់ទំនងសម្រាប់ អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ ទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងសេវាកម្មសមាជិករបស់យើងសម្រាប់ជំនួយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (ថ្ងៃឈប់សម្រាកបិទ)។

- Medi-Cal: 1-855-839-7613 (TTY 711)
- ផ្សេងទៀតទាំងអស់: 1-800-464-4000 (TTY 711)

**Korean:** 요일 및 시간에 관계없이 언어지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 서비스 또는 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희 시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수 있습니다. 저희 가입자 서비스 연락 센터에 주 7 일, 하루 24 시간(공휴일 휴무) 전화하셔서 도움을 받으십시오.

- Medi-Cal: 1-855-839-7613 (TTY 711)
- 기타 모든 경우: 1-800-464-4000 (TTY 711)

**Laotian:** ມີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາບໍ່ສອຄ່າໃຫ້ແກ່ທ່ານ, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານຍັງສາມາດຂໍບໍລິການຜູ້ແປພາສາ ຫຼື ເອກະສານທີ່ແປ ແບັນພາສາຂອງທ່ານ ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນໄດ້. ທ່ານຍັງສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ເຄື່ອງມືຢູ່ສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ໂທຫາສູນຕິດຕໍ່ບໍລິ ການສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດໃນວັນພັກ).

- Medi-Cal: 1-855-839-7613 (TTY 711)
- ອື່ນໆທັງໝົດ: 1-800-464-4000 (TTY 711)

**Mien:** Mbenc nzoih liouh wangv-henh tengx nzie faan waac bun muangx meih maiv cingv, yietc hnoi mbenc maaiah 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix mbenc maaiah 7 hnoi. Meih se haih tov heuc tengx faan benx meih nyei waac bun muangx, a'fai zoux benx nyungc horngh jaa-sic zoux benx meih nyei waac. Meih corc haih tov tengx nyungc horngh jaa-dorngx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Beiv hnangv qiexx zuqc longc mienh nzie weih nor douc waac lorx taux yie mbuo ziux goux baengc mienh nyei gorn zangc, yietc hnoi tengx duqv 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix tengx duqv 7 hnoi (simv cuotv gingc nyei hnoi se guon oc).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- Yietc zungv da'nyeic deix: **1-800-464-4000** (TTY 711)

**Navajo:** Díí hózhó nízhoóní bee hane' dóó jík'ah jóóní doonílwo'. Ndik'é yádi naaltsoos bee haz'áanii bee hane' dóó yádi nihookaa dóó nádaáhágíí yádi nihookaa. Shí éí bee háidíinii bibee' haz'áanii dóó bee t'ah kodí bízíkiníí wo'da'gi doolyé. Ahéhee' bik'ehgo nohólqon'ígíí, 24 t'áadawokíí, 7 t'áadawokíigo (t'áadoo t'áálwo').

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- Yadilzingo bik'ehgo bee: **1-800-464-4000** (TTY 711)

**Punjabi:** ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ, ਜਾਂ ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਮਦਦ ਲਈ ਸਾਡੀ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਕਾਲ ਕਰੋ।

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- ਹੋਰ ਸਾਰੇ: **1-800-464-4000** (TTY 711)

**Russian:** Языковая помощь доступна для вас бесплатно круглосуточно, ежедневно. Вы можете запросить услуги переводчика или материалы, переведенные на ваш язык или в альтернативные форматы. Вы также можете заказать вспомогательные средства и приспособления. Для получения помощи позвоните в наш центр обслуживания участников ежедневно, круглосуточно (кроме праздничных дней).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (линия TTY 711)
- Все остальные: **1-800-464-4000** (линия TTY 711)

**Spanish:** Tenemos disponible asistencia en su idioma sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la semana. Usted puede solicitar los servicios de un intérprete, que los materiales se traduzcan a su idioma o formatos alternativos. También puede solicitar recursos para discapacidades en nuestros centros de atención. Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para recibir ayuda 24 horas al día, 7 días a la semana (excepto los días festivos).

- Para todos los demás: **1-800-788-0616** (TTY 711)

**Tagalog:** May magagamit na tulong sa wika nang wala kayong babayaran, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Maaari kayong humiling ng mga serbisyo ng interpreter, o mga babasahin na isinalin sa inyong wika o sa mga alternatibong format. Maaari rin kayong humiling ng mga pantulong na gamit at device sa aming mga pasilidad. Tawagan ang aming Center sa Pakikipag-ugnayan ng Serbisyo sa Miyembro para sa tulong, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo (sarado sa mga pista opisyal).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)

- Lahat ng iba pa: **1-800-464-4000** (TTY 711)

**Thai:** มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาตลอด 24 ชั่วโมงทุกวันโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โดยคุณสามารถขอใช้บริการสาม บริการแปลเอกสารเป็นภาษาของคุณหรือในรูปแบบอื่นๆ ได้ คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการของเราโดยโทรหาเราที่ศูนย์ติดต่อฝ่ายบริการสมาชิกของเราเพื่อขอความช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน (ปิดทำการในช่วงวันหยุด)

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)

- ที่อื่นๆทั้งหมด: **1-800-464-4000** (TTY 711)

**Ukrainian:** Послуги перекладача надаються безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви можете зробити запит на послуги усного перекладача або отримання матеріалів у перекладі мовою, якою володієте, чи в альтернативних форматах. Також ви можете зробити запит на отримання допоміжних засобів і пристроїв у закладах нашої мережі компаній. Телефонуйте в наш контактний центр для обслуговування клієнтів цілодобово, 7 днів на тиждень (крім святкових днів).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)

- Усі інші: **1-800-464-4000** (TTY 711)

**Vietnamese:** Dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ được cung cấp miễn phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Quý vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, hoặc tài liệu được dịch ra ngôn ngữ của quý vị hoặc nhiều hình thức khác. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện trợ giúp và thiết bị hỗ trợ tại các cơ sở của chúng tôi. Gọi cho Trung Tâm Liên Lạc ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi để được trợ giúp, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)

- Mọi chương trình khác: **1-800-464-4000** (TTY 711)

This page is intentionally left blank.